D1

187

Lane Medical Library

EIN FALL

VON

ACUTER LEBERATROPHIE.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWUERDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHUELFE

WELCHE

NEBST BEIGEFUEGTEN THESEN

MIT

ZUSTIMMUNG DER HOCHLOEBLICHEN MEDICINISCHEN FACULTAET

DER

UNIVERSITAET GREIFSWALD

AM 26. FEBRUAR 1872

OEFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

WILHELM KUTSCHMANN

AUS QUEDLINBURG.

OPPONENTEN:

AUGUST WESENBERG, DR. MED.
PAUL ROLOFF, CAND. MED.
OSKAR TELKE, STUD. MED.

GREIFSWALD,

DRUCK VON FR. HACHE.

SEINEM

VAETERLICHEN FREUNDE

DEM HERRN JUSTIZRATH

A. BERNDT

ZU NORDHAUSEN.

IN

DANKBARKEIT

GEWIDMET

VOM

VERFASSER.

Trotz des ungeheuren Aufschwunges, den die medicinische Wissenschaft in den letzten Decennien genommen hat, trotzdem sich oft in stürmischer Hast Entdeckung an Entdeckung, Erfindung an Erfindung reihte, können wir uns doch nicht verhehlen, dass es noch immer eine keineswegs geringe Anzahl von Erkrankungen giebt, die dem Arzte einen dunkeln Schleier vorhalten, und deren Wesen ihm entweder gänzlich fremd, oder doch mehr oder weniger unklar ist.

Von jeher ist es die Aufgabe aller Denker und Forscher auf dem Gebiete der medicinischen Wissenschaft gewesen, jene Schleier zu lüften, und auch heute sehen wir an allen Orten die Geister sich mächtig regen im Kampfe mit jenem Dunkel, und jeder Tag bringt neues Licht und neue Erkenntniss und jede neue Arbeit soll uns einen, wenn auch nur kleinen Schritt vorwärts bringen. —

Zu jenen dunklen Krankheiten gehört auch die acute Leberatrophie, welche erst in den funfziger Jahren durch Frerichs, wenn auch nicht völlig aufgeklärt, doch der ärztlichen Welt in ihrer ganzen Bedeutung vor Augen geführt wurde.

Die ersten zuverlässigen Mittheilungen über diese merkwürdige Krankheit finden wir bei Morgagni.*) Allerdings finden sich auch in der früheren Literatur Krankheitsberichte, welche den Symptomen nach hierher zu gehören scheinen, aber sie ermangeln des anatomischen Nachweises oder sind ungenügend. So erzählte Jac. Vercelloni**) seines Bruders Krankheitsgeschichte, welcher des Nachts von Gläubigern bedrängt, in Folge des Schreckens icterisch wurde, bald danach in Delirien mit ungleichem Pulse und keuchender Respiration verfiel und am dritten Tage starb. Franc. Rubeus***) überliefert gleichfalls einen Fall von Icterus mit nachfolgenden Cerebralerscheinungen und exitus lethalis am fünften Tage. Seiner Beobachtung ähnlich ist die von Baillou†) Derselbe berichtet von einem 14jährigen Knaben, dass dieser nach einem anscheinend leichten Icterus am fünfzehnten Tage plötzlich Delirien und Convulsionen bekam, laute verworrene Töne ausstiess und starb. Bei der Obduction fand man das Gehirn gesund, „pulmo vitium insigne contraxerat, vitiosius hepar et velut ὑπερχλωρ.“

*) De sedib, et causs morb. Epist. X. 7 et XXXVII. 2, 4.

**) Jac. Vercelloni, de bile acuta et imminuta epist. ad Bianchi pag 194.

***) Rubeus, de ictero leth. noct. exercit. 1660 pag. 195 nach Ozanam.

†) Ballonii Ephemerid. lib. II. pag. 188. Baillou citirt einen ähnlichen Fall nach Galen, welcher den Tod erklärt habe: Non vi phrenitidis, sed ob dominatum humorum virulentorum, qui sua malignitate virus adaequant.

Bonnet*) beschreibt nach Guarinonius die Krankheitsgeschichte des Cardinals Sforza, welcher, am Icterus leidend, am sechszehnten Tage seit Beginn desselben unter den Erscheinungen von Delirien und Convulsionen starb. Die Leber zeigte sich gelb, das Blut dunkel und dünnflüssig.

Im Morgagni finden wir einen Theil dieser Fälle wiederholt, auch bringt derselbe ansserdem noch zwei Krankengeschichten aus der Praxis Valsalva's, in welchen beiden der Icterus Folge von heftiger Gemüthsbewegung war. Beide junge Kranke starben nachdem sich beim einen 2 Tage, beim andern 24 Stunden vorher Delirien und Convulsionen eingestellt hatten. Im Obductionsberichte darüber heisst es: „Jecur inventum est flaccidum et ad subpallidum vergens.“ —

Alle diese Berichte und Erfahrungen über acute Leberatrophie wurden lange wenig beachtet und standen vereinzelt da; Niemand benutzte sie zu einer geordneten Verarbeitung. Erst in neuerer Zeit sammelte sich das Material in grösserer Menge, besonders nachdem Rokitansky sich um die pathologische Anatomie dieser Krankheit bedeutende Verdienste erwarb, und Horaczek, sowie in England Budd eine allgemeine Schilderung des bösartigen Icterus entworfen hatten.

Das Beste jedoch, was wir über diesen interessanten Gegenstand erfahren haben, verdanken wir in

*) Boneti Sepulchret. pag. 1007.

der neueren Zeit Frerichs,*) der uns in seiner Klinik der Leberkrankheiten, soweit es überhaupt möglich, ein vortreffliches Bild dieser mörderischen, aber glücklicherweise seltenen Krankheit mit gewohnter Meisterschaft giebt. —

Es würde mich zu weit führen und dem Zwecke dieser Arbeit wenig entsprechen, wenn ich hier näher auf die umfangreiche und vortreffliche Arbeit Frerichs eingehen wollte, die ich nur den geneigten Lesern, die sich für den Gegenstand interessiren, empfehlen will. Es möge mir jedoch gestattet sein im Folgenden einen Fall von acuter Leberatrophie mitzutheilen, den ich durch die Güte des Herrn Professor Mosler auf hiesiger Klinik zu beobachten Gelegenheit hatte und der sich an die 31 Frerichs'schen Fälle, wie mir scheint, eng anschliesst.

Das 21jährige Dienstmädchen Marie M. wurde am 19. November 1870 wegen Syphilis in die hiesige medicinische Klinik aufgenommen. Es fiel uns an derselben gleichzeitig neben jenem Leiden eine ausgeprägte Gelbsucht auf, welche nach Angabe der Patientin drei Wochen bestehen sollte. Sie will zu dieser Zeit eine entzündliche Brustaffection gehabt haben, die sie ans Bett fesselte. Durch ihre Herrschaft wurde sie gezwungen bei noch bestehender Krankheit dasselbe zu verlassen und ihre gewohnten Arbeiten zu thun.

---

*) Frerichs, Klinik der Leberkrankheiten. Braunschweig, Verlag von Fr. Vieweg und Sohn 1858. Band I. pag. 206 f. f.

Alsbald sollen die gerade fliessenden Regeln ausgeblieben, der Icterus bei ihr entstanden sein und während drei Wochen ohne grosse Beschwerden bestanden haben. Sie musste wohl durch ihre Krankheit nicht allzusehr angegriffen sein, denn sie konnte den Weg von ihrem Wohnorte nach dem Krankenhause, der 2 Meilen betrug, noch zu Fuss zurücklegen. Eine auffallende Erschöpfung konnte bei ihrer Ankunft nicht bemerkt werden, nur schien Patientin im höchsten Grade darüber alterirt, dass sie abermals auf die syphilitische Station gebracht wurde', nachdem sie erst vor 11 Wochen an einem virulenten Katarrh im hiesigen Krankenhause behandelt worden war. Das jetzige syphilitische Leiden schien ganz neuen Datums. An den kleinen und grossen Schaamlippen konnten drei Schankergeschwüre nachgewiesen werden. Auch fand sich noch ein reichliches blennorrhoisches Secret, welches in Folge des Icterus eine intensiv gelbe Farbe angenommen hatte.

Fieber bestand bei der Patientin nicht, auch war ihr Appetit nicht vollständig aufgehoben; die Darmausleerung etwas vermehrt. Auffällige nervöse Erscheinungen konnten nicht constatirt werden, auch war der Schlaf in der folgenden Nacht vollkommen normal. Am 20. November war das Befinden noch nicht sehr verändert; Patientin ass und trank, unterhielt sich mit ihren Leidensgenossinnen und war sogar noch mehre Stunden ausser Bett, klagte dagegen am Abend über heftige Schmerzen in der Herzgrube. Von nun an änderte sich das ganze Krankheitsbild

bedeutend. In der Nacht vom 20. auf den 21. Novbr. wurde Patientin sehr unruhig, stöhnte vor heftiger Schmerzen; profuses Nasenbluten und Bluthusten stellten sich ein. Gleich darauf verfiel sie in einen soporösen Zustand, aus dem sie nicht wieder erwachte.

Am 21. November Morgens war die Temperatur 40,4; die Pupillen erweitert; auf äussere Reize wurde von der Patientin gar nicht mehr reagirt, dagegen warf sie sich stöhnend und ächzend im Bette herum und liess Stuhl und Urin unwillkürlich unter sich gehen. Die Fäcalmassen waren dünn, ohne Beimengung von Galle. Der Bauch war in bedeutendem Grade aufgetrieben, über der Leber ein deutlich tympanitischer Schall, die Leberdämpfung nicht zu bestimmen; dagegen war die Milzdämpfung sehr deutlich zu percutiren, betrug in der linea axillaris von Oben nach Unten gemessen 8,5 Centim. Die Herztöne waren schwach, die Pulsfrequenz war 128; der Puls unregelmässig, sehr klein. Die Athemfrequenz betrug 44 in der Minute. Die Auscultation der Lunge ergab keine Anomalie. Im Laufe des Tages hat der Icterus noch bedeutend an Intensität zugenommen Der Urin konnte, da er unwillkürlich entleert wurde, nicht zur Untersuchung gelangen. In der Nacht vom 21. auf den 22. November wurde Patientin wieder unruhiger, warf sich wild im Bette umher, stöhnte laut, anscheinend von heftigen Schmerzen gequält.

Der Versuch durch gestellte Fragen ihr eine Antwort zu entlocken scheiterte gänzlich; sie schien

weder zu hören, noch zu sehen; die Pupillen waren noch mehr erweitert.

Am Morgen des 22. November betrug die Temperatur 40,6, Pulsfrequenz 132, Athemfrequenz 48. Zum Schlucken war Patientin nicht zu bringen. Nach einem Bade von 27° R., welches ihr während einer halben Stunde gegeben wurde, fiel die Temperatur auf 37,4; es trat eine sehr reichliche Blutung aus den Genitalien ein. Patientin liess sehr reichliche, dünne ungefärbte Faecalmassen unwillkürlich in das Bett, war bewusstlos, warf sich wild im Bette umher, schrie vielfach laut auf, die Extremitäten wurden nach und nach kühl. Gegen 9 Uhr Abends trat trismus ein, der Puls wurde immer kleiner, aussetzender, und es erfolgte, nachdem Patientin noch mehre Male laut aufgeschrieen, mit einem Male Abends 10 Uhr der Tod. —

Die Section, welche 12 Stunden post mortem, am 23. November Vormittags 10 Uhr, durch Herrn Professor Grohe vorgenommen wurde, ergab folgenden Befund:

Blonde Haare, blaue Augen; Pupillen stark erweitert, Körper noch wohl genährt, Muskulatur gut, Todtenstarre sehr deutlich entwickelt. Die Hautdecken sind überall, namentlich im Gesichte, sehr deutlich icterisch, die Augen halb geöffnet. Conjunctiva intensiv strohgelb. Livores an der Rückenseite des Körpers. In den Weichtheilen in der Nähe der Haut finden sich ausgedehnte blutige Imbibitionen. Brüste schwach entwickelt; Bauchdecken meteoristisch aufge-

trieben. Die grossen Schaamlippen, welche etwas ödematös und nach oben klaffend sind, zeigen einige Geschwüre, zwei correspondirende an der Commissura posterior. Aus der Vulva fliesst ein rostfarbener Schleim; introitus vaginae geschwollen.

Die Schädelkappe ist etwas mit der dura mater verwachsen, durchscheinend; die dura mater ist normal dick; in der Scheitelhöhe etwas gelbliche Färbung Im sinus longitudinalis befindet sich wenig schaumiges, dunkles Blut; die dura mater hat eine icterischc Färbung, die Gyri sind gut entwickelt. Die Seitenventrikel sind beiderseits leer, ihre Weite ist normal; cadaveröse Imbibition. Beim Einschneiden des Gehirns zeigt sich die Schnittfläche feucht, die Gefässdurchschnitte erscheinen als rothe Punkte; weisse Substanz weich, graue ohne Anomalie. Vierte Höhle gut entwickelt. Kleinhirn sehr weich; Blutgefässe ziemlich gefüllt; Nervengewebe imbibirt.

Das Unterhautfettgewebe ist schwach entwickelt, von icterischer Farbe. In der Bauchhöhle findet sich ein reichlicher Erguss einer gelbrothen Flüssigkeit; dieselbe ist klar, ohne Exsudatfetzen, ihre Quantität beträgt etwa 4 Quart. Dünndärme durch Gas ausgedehnt; seröser Ueberzug glänzend, feucht, nirgends mit Exsudat bedeckt. Die Muskulatur am Thorax ist schlaff und von schmutzig gelber Farbe. Die Lungen retrahiren sich nur mässig. Aus dem Herzbeutel lassen sich 1—2 Esslöffel einer geronnenen Flüssigkeit ausschöpfen. Herz normal, gross, schlaff. Im linken Vorhof und Ventrikel flüssiges dunkles Blut mit cruor;

Im rechten Vorhof cruor ohne Faserstoffgerinnsel. Muskulatur des linken Ventrikels dünner als normal, von blassgelblicher Farbe. Das Endocardium zeigt starke faulige Imbibition. Muskulatur des rechten Ventrikels schwach, vollkommen blutig imbibirt. Linke Lunge frei von Adhäsionen, lufthaltig; aus den Bronchien fliesst blutiger Schleim; unterer Lungenlappen zeigt Oedem mit Hypostase; Bronchien normal. Der Hauptstamm der Lungenarterie enthält flüssiges, faules Blut. Rechte Lunge durch ältere, leicht lösliche Adhäsionen verwachsen; der obere Lappen ist lufthaltig, im untern finden sich einige atelectatische Stellen. Omentum und mesenterium enthalten noch mässig Fett; Mesenterialdrüsen sind nicht verändert, nur an einer Stelle (Ileocoecalgegend) findet sich eine blutige Imbibition und Vergrösserung. Die Milz ist $6\frac{1}{2}$ Zoll lang, 4 Zoll breit, oben $2\frac{1}{2}$ Zoll, unten 2 Zoll dick; Oberfläche glatt, Durchschnitt dunkel. Die Malpighischen Körperchen sind nicht zu erkennen; hoher Grad von Feuchtigkeit; starke Imbibition. Das Duodenum, durch Gas stark aufgetrieben, enthält eine vollkommen gallenlose Flüssigkeit; sämmtliche Häute in hohem Grade ödematös. Papille des ductus choledochus stark entwickelt, auf leichten Druck entleert sich Galle mit Schleim untermischt; die nachfliessende Galle ist dunkel. Im Magen reichlich graue Flüssigkeit; Schleimhaut blass. Der obere Theil des jejunum enthält gallenlosen, grauen Schleim. Häute ödematös. Gleicher Inhalt im Ileum; an den Peyerschen Plaques keine Anomalie. Auch im Dickdarm schleimiger, gal-

lenloser Inhalt. Die Harnblase ist contrahirt. Nebennieren dünn, platt, atrophisch. Fettkapsel der linken Niere fast ganz geschwunden, ihre Grösse fast normal. Oberfläche glatt, icterisch gefärbt, ebenso der Durchschnitt der Rinden- und Marksubstanz. Mässige Schwellung der Rindensubstanz, die jedoch in der rechten Niere viel deutlicher entwickelt ist und den Eindruck einer frischen parenchymatösen Nephritis macht. Die Leber zeigt eine ungewöhnliche Gestalt; der rechte Lappen ist ungemein dick und zeigt ältere Adhäsionen mit dem Zwergfell. Lymphdrüsen in der Umgebung das Duodenum sehr stark vergrössert, icterisch, zum Theil von markiger Beschaffenheit. Der rechte Leberlappen hat eine Länge von 7 Zoll, Breite von $6\frac{1}{2}$, Dicke von 2 Zoll; linker Lappen 6 Zoll lang, $3\frac{1}{2}$ Zoll breit, $1\frac{1}{4}$ Zoll dick. Die Schnittfläche lässt kaum Leberstructur erkennen, die acini vollkommen undeutlich, gelbbraunes Gewebe, Consistenz auffallend fest. Die Gefässstämme enthalten kirschrothes faules Blut, aus den Gallengefässen fliesst röthlich gefärbter Schleim. Gegen den untern Rand des rechten Lappens zeigt das Gewebe ein braunrothes Aussehen, nicht icterisch. Auch der ganze linke Leberlappen zeigt dasselbe Verhalten, hat an dem Processe der obern Partie des rechten Lappens noch nicht Theil genommen. Die Gallenblase zeigt verdickte, ödematöse Wandungen, dunkelgrüne Schleimhaut, ödematös, graurothe. Ductus choledochus bei seiner Einmündung ins Duodenum und weiter rückwärts nicht verändert; Schleimhaut zeigt keine Veränderung; Häute weniger öde-

matös, als die der Gallenblase. Die Vena cava inferior enthält dunkles Blut. Uterus klein; rechts hinten finden sich peritoneale Adhäsionen. Neigung zu Retroflexion. Schleimhaut der Vagina roth, die des Uterus blass icterisch gefärbt, mit Schleim bedeckt. Das rechte Ovarium ist in Adhäsionen eingehüllt, sein Gewebe ödematös, icterisch gefärbt. Linkes Ovarium mit dem S. Romanum verwachsen.

Wenn wir den vorstehenden Fall etwas näher ins Auge fassen, so werden wir eine vielseitige Uebereinstimmung mit den Symptomen finden, wie sie von Frerichs*) für das Krankheitsbild der acuten Leberatrophie angegeben sind, doch wurde bei der klinischen Vorstellung von Herrn Prof. Mosler auf die Eigenartigkeit des Falles hingewiesen. Im Anschluss daran will ich darum die wichtigsten Momente daraus hervorheben.

Was zunächst den Icterus betrifft, so hatte derselbe in unserem Falle beinahe 3 Wochen als einfacher Icterus bestanden, ehe die localen Veränderungen der Leber und Milz, die Blutungen, die schweren Nervenstörungen zur Beobachtung kamen, welche den Process characterisiren. Der Verlauf war ein überaus stürmischer, da bereits, wie selten beachtet ist, nach 40 Stunden der Tod erfolgte. Obgleich auch in diesem Falle über sehr heftige Schmerzen in der Magengegend geklagt wurde, begann dennoch die Symptomenreihe nicht mit Erbrechen, wie von Frerichs

*) Frerichs, Klinik der Leberkrankheiten. I. pag. 206.

für fast alle Fälle angegeben wird, auch konnten wir keine Petechien und Ecchymosen der Haut bemerken, die jener so oft gesehen hat, sondern es zeigte eine sehr heftige Blutung aus der Nase und den tiefern Luftwegen den Beginn der schweren Symptome an. Alsbald verfiel Patientin, ohne jedoch vorher Delirien gehabt zu haben, in einen bewustlosen Zustand, in welchem sie jedoch sehr unruhig war, viel und laut schrie nnd sich wild im Bett umherwarf. Dabei waren die Pupillen weit, reagirten fast gar nicht auf Licht. Charakteristisch war es, dass selbst während des bedeutenden Comas Druck auf das Epigastrium laute Schmerzensäusserungen und schmerzhafte Verzerrungen des Gesichtes hervorrief. Die Leberdämpfung war in Folge des Meteorismus fast gänzlich geschwunden, dagegen konnte die Milz noch deutlich durch die Percussion als vergrössert von uns erkannt werden. Im weitern rapiden Verlaufe sahen wir den Icterus sich steigern, eine bedeutende Blutung aus den Genitalien hinzukommen, die unwillkürlich entleerten Stuhlgänge sich mehren, Trismus eintreten, und unter Erscheinungen der Hirnparalyse plötzlich den Tod erfolgen.

Die Dauer der Vorläufer, nämlich des Icterus, welcher dem Anscheine nach von der einfachen Gelbsucht sich in keiner Weise unterscheidet, hat hier fast die längste Dauer erreicht, die bisher beobachtet. Frerichs giebt drei bis fünf Tage dafür an, fügt aber hinzu, dass sie auch in manchen Fällen zwei bis drei Wochen und darüber betragen könne, wie es in dem unsrigen wirklich der Fall war. Was uns beson-

ders zu beachten und von Wichtigkeit scheint und nicht in allen Fällen constatirt ist, ist die bedeutende Temperatursteigerung, welche mit den drohenden Hirnsymptomen hier auftrat. Frerichs konnte dieselbe nie beachten. Wunderlich*) bemerkt, dass er in mehreren Fällen von bösartigem Icterus eine plötzliche Steigerung der Temperatur über die Norm beobachtet habe, giebt jedoch nicht an, welche Form von bösartigem Icterus vorlag. Jedenfalls ist die erhöhte Temperatur eine Seltenheit. Die Schmerzhaftigkeit des Unterleibes, von Frerichs in $\frac{3}{4}$ Theilen der Fälle beobachtet, war in unserm Falle das erste Symptom und hatte ihren Sitz hauptsächlich im Epigastrium, blieb auch während des ganzen Verlaufes bestehen.

Was die Anomalieen der Nerventhätigkeit anlangt, so macht sich in unserm Falle hierbei eine Abweichung von den meisten Frerichs'schen Fällen bemerkbar, die wohl zu beachten ist. Frerichs**) sagt über diesen Punkt Folgendes: „Man kann in den meisten Fällen zwei Perioden unterscheiden; die der Excitation und der Depression, von welchen die erstere durch Delirien, oft auch durch Convulsionen, die zweite durch ein progressiv zunehmendes und allmälig zur Hirnparalyse führendes Coma sich auszeichnet.“ Des stürmischen Verlaufes wegen waren wir jedoch nicht im Stande jene 2 Stadien zu unterscheiden, und es gehört somit der Fall zu den seltenen — von den 31 Fällen von

*) Handb. d. Pathologie u. Therapie 2. Aufl. Bd. IV. p. 655.

**) Frerichs. l. c. pag. 229.

Frerichs war es $\frac{1}{6}$ Theil — in denen das Stadium der Aufregung fehlte und die Kranken von vorn herein in typhoide Prostration verfielen, welche zur Unbesinnlichkeit, Somnolenz und so zum Coma überführte.

Was die anatomischen Veränderungen anlangt, so fanden wir eine Verkleinerung der Leber vor, ihr Dickendurchmesser hatte bedeutend abgenommen. Die Schnittfläche hatte eine, von Frerichs als charakteristisch angegebene rhabarberähnliche Farbe, die Grenzen der einzelnen Läppchen waren verschwunden, so dass die eigenthümliche Zeichnung dieses Organes nicht zu erkennen war. Die Leberzellen waren gänzlich verändert, mit Fett und Pigment reichlich ausgefüllt und zum Theil bereits untergegangen, so dass sich statt ihrer braune Körnchen und Fetttröpfchen vorfanden. Die Gallenblase enthielt grüne Galle in geringer Menge, daneben eine trübe blassgelbe Flüssigkeit. Die Ausführungsgänge waren nicht verengt und daher der Ausfluss der Galle gar nicht gehindert. Die Milzvergrösserung war sehr deutlich ausgesprochen. Die nervösen Centralorgane zeigten ausser icterischer Färbung nichts Abnormes, keine auffallenden Läsionen. Dieser Befund stimmt im Wesentlichen mit denen von Frerichs überein.

Die Aetiologie war besonders interessant. Frerichs giebt folgende hauptsächliche ätiologische Momente an: 1) Gemüthsbewegungen. Er sagt dazu: „In mehren Fällen entwickelte sich die Krankheit bei vorher gesunden Individuen so unmittelbar nach einem heftigen Schrecken oder einem Ausbruch von

Zorn, dass der Einfluss der Gemüthserschütterung kaum zweifelhaft bleiben kann. Die Kranken wurden sofort gelbsüchtig, fingen an zu deliriren und starben nach wenigen Tagen. So berichten Vercelloni, Morgagni, Ballonius u. A.“ 2) Excesse in Venere, Syphilis, Mercurialmissbrauch führt Frerichs ebenfalls als ursächliche Momente an, lässt es jedoch unentschieden, ob ein Causalnexus obwalte oder nicht.

3) Einflüsse, welche ähnlich den Miasmen an bestimmte Localitäten gebunden sind, wofür das Vorkommen von bösartigen Formen des Icterus bei Mitgliedern derselben Familie, oder andern durch die Wohnung vereinigten Individuen zu sprechen scheint. Auch diesen Punkt stellt Frerichs in Frage.

4) Typhus und verwandte Processe. Ferner weist Frerichs nach, dass die acute Leberatrophie vorzugsweise — und so auch in unserm Falle — beim weiblichen Geschlechte vorkommt. Unter 31 von ihm erwähnten Fällen kamen 22 bei Frauen vor und hiervon war die Hälfte schwanger. In dem in hiesiger Klinik beobachteten Falle wurde vom Herrn Professor Mosler besonders darauf hingewiesen, dass das Leiden nach suppressio mensium auftrat.

Indem früher Gemüthsbewegungen schon die Krankheit mit Bestimmtheit hervorgerufen haben, glaubt derselbe in dem vorliegenden Falle annehmen zu dürfen, dass der rasche Verlauf der Krankheit mit bedingt worden ist durch Alteration der Patientin darüber, dass ihr syphilitisches Leiden entdeckt und sie deswegen zur Aufnahme in

das Krankenhaus genöthigt worden war. Ob jenes syphilitische Leiden mit der Krankheit in irgend einem Causalnexus stand, darüber wagen wir kein Urtheil auszusprechen.

Der Ausgang war in unserm Falle natürlich auch, wie in allen von Frerichs erzählten, ein lethaler. Ueberhaupt müssen die wenigen Beobachtungen, welche über Heilung der acuten Leberatrophie laut geworden sind, in einem sehr zweifelhaften Lichte erscheinen, zumal sie aus einer Zeit stammen, wo zu wenig Erfahrungen eine sichere Diagnose unmöglich machten. So berichten Griffin*) und Hanlon**) Fälle, welche einen günstigen Ausgang genommen haben sollen; es ist jedoch höchst zweifelhaft, ob hier wirklich dieser Process vorlag. Sind eben einmal die anatomischen Läsionen, welche Frerichs als die Grundlage dieser Krankheit ansieht, bereits weiter fortgeschritten, ist der grössere Theil der Leberzellen zerstört, so ist begreiflicher Weise eine Heilung undenkbar und jede Therapie fruchtlos.

---

*) Dublin. med. Journ. 1834, IV., 12.

**) Graves Clinic. med.

Lebenslauf.

Wilhelm Moritz Kutschmann, Sohn des zu Quedlinburg verstorbenen Actuars Friedrich Wilhelm Kutschmann und dessen ebendaselbst verstorbenen Ehefrau Auguste geb. Kaiser, evangelischer Confession, wurde am 5. August 1846 in obengenannter Stadt geboren und erhielt daselbst den ersten Unterricht. Zu Ostern 1856 bezog ich die Pensionsanstalt der Frankeschen Stiftungen zu Halle a. S. und besuchte bis Ostern 1858 die deutsche Schule daselbst und von da bis Michaelis 1860 die lateinische Hauptschule. Darauf besuchte ich bis Michaelis 1861 das Gymnasium zu Quedlinburg und von da bis Ostern 1868 dasjenige zu Nordhausen, woselbst ich zu Ostern 1868 das Abiturientenexamen bestand, um die Universität Greifswald zu beziehen und mich dem Studium der Medicin zu widmen, welchem ich bis heute auf dieser Universität oblag. Am 23. Februar 1870 bestand ich das Tentamen physicum und am 6. Februar 1872 das Examen rigorosum.

Während meines Aufenthaltes auf hiesiger Universität hörte ich bei folgenden Herren folgende Vorlesungen:

Bei Herrn Prof. Limpricht: den I. und II. Theil der Chemie; chemisch-analytisches Practicum.

Bei Herrn Prof. v. Feilitzsch: den I. und II. Theil der allgemeinen Experimentalphysik.

Bei Herrn Dr. Scholz: Mineralogie.

Bei Herrn Prof. Landois: Osteologie und Chondrologie des menschlichen Körpers; Histologie und microscopische Anatomie; Entwicklungsgeschichte und Zeugungslehre;

Bei Herrn Geh. Rath Prof. Budge: die gesammte Anatomie des Menschen; Anatomie der Sinnesorgane; Präparirübungen (2mal); Experimentalphysiologie; Physiologie der Sinnesorgane.

Bei Herrn Dr. Roth; Cursus der normalen Histologie.

Bei Herrn Prof. Otto: Physiologische Chemie;

Bei Herrn Dr. Bengelsdorf: Diätetik.

Bei Herrn Prof. Grohe: Allgemeine Pathologie und allgemeine pathologische Anatomie; Ueber Geschwülste; specielle pathologische Anatomie; Ueber die Krankheiten der Sexualorgane; practischer Cursus der pathologischen Anatomie (2 mal).

Bei Herrn Dr. Krabler: Physikalische Diagnostik;

Bei Herrn Prof. Eichstedt: Ueber die Krankheiten der Haut und über Syphilis mit Demonstrationen; Geburtshülfliche Uebungen am Phantom.

Bei Herrn Prof. Laurer: Chirurgische Verbandlehre.

Bei Herrn Dr. Vogt: Chirurgisch-propädeutische Uebungen; Ausgewählte Capitel der Zahn- und Ohrenheilkunde; Ueber Knochenbrüche und Verrenkungen; Chirurgische Anatomie m. Demonstrationen.

Bei Herrn Dr. Arndt: Ueber Krankheiten des Gehirns und Rückenmarks; Ueber Geisteskrankheiten.

Bei Herrn Prof. Haeckermann: Oeffentliche Gesundheitspflege und medicinische Polizei; Gerichtliche Medizin.

Bei Herrn Prof. Mosler: Specielle Pathologie und Therapie; Milzkrankheiten; Medicinische Klinik und Poliklinik.

Bei Herrn Prof. Hueter: Allgemeine Chirurgie; Ueber Knochenentzündungen und Knochenbrüche; Chirurgische Operationslehre; Chirurgische Klinik und Poliklinik; Chirurgischer Operationscursus an der Leiche.

Bei Herrn Geh. Rath Prof. Pernice: Theorie der Geburtshülfe; Krankheiten des Uterus: Geburtshülfliche Klinik und Poliklinik mit Phantomübungen.

Bei Herrn Prof. Schirmer: Ueber Refractions- und Accommodationsstörungen des Auges; Ophthalmoskopische Uebungen; Cursus der Augenoperationen; Augenheilkunde; Augenklinik; Krankheiten der Augenmuskeln, Lider und Thränenorgane.

In den Kliniken der Herren Professoren Mosler, Hueter und Pernice bin ich je 2 Semester als Practikant thätig gewesen.

Allen diesen Herren den innigsten Dank, besonders Herrn Professor Dr. Mosler, dessen Güte Verfasser die Erlaubniss zur Veröffentlichung des vorstehenden Falles verdankt.

THESEN.

I.

Die Operation der Hasenscharte ist so früh als möglich vorzunehmen.

II.

Gegen Keratitis parenchymatosa leisten warme Umschläge das Beste.

III.

Bei biliöser Pneumonie ist der Aderlass contraindicirt.

THESEN.